

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

N° 582

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques CHAMBON

Né le 3 Janvier 1922, à Paris (xviii°)

présentée et soutenue publiquement le 27 Juin 1949

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RAPPORTS

ENTRE

LA GRIPPE ET LA TUBERCULOSE

Président : M. MOREAU, Professeur

CAEN
IMPRIMERIE CAENNAISE
16-18, rue Froide

1949



Digitized by the Internet Archive
in 2026



THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jacques CHAMBON

Né le 3 Janvier 1922, à Paris (xviii^e)

présentée et soutenue publiquement le 27 Juin 1949

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RAPPORTS

ENTRE

LA GRIPPE ET LA TUBERCULOSE

Président : M. MOREAU, Professeur

CAEN

IMPRIMERIE CAENNAISE
16-18, rue Froide

1949



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyens Honoraires. — MM. BALTHAZARD, BAUDOUIN.
Professeurs Honoraires. — MM. AUBERTIN, BALTHAZARD, BASSET, BAUDOUIN, BRINDEAU, E. BRUMPT, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GUILLAIN, HARTMANN, HEITZ-BOYER, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE, LHERMITTE, LOEPEL, MARION, MATHIEU, MULON, OMBREDANNE, ROUVIERE, SANNIE, SÉBILEAU, SEZARY, TANON.
Doyen. — M. Léon BINET, Membre de l'Institut.
Assesseur. — M. Jean VERNE.

I. — Professeurs

Anatomie	MM. OLIVIER (E).
Anatomie pathologique	LEROUX (R.).
Assistance médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL (P.).
Biologie médicale	VERNE (J.).
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.).
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.).
Cliniques chirurgicales	BROCQ (P.).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CADENAT (F. M.).
Clinique chirurgicale orthopédique	MONDOR (H.).
Clinique gynécologique	QUENU (J.).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	N...
Clinique des maladies des enfants	MERLE D'AUBIGNE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	MOCQUOT (P.).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	GOUGEROT (H.).
Clinique des maladies du sang	DEBRE (R.).
Clinique des maladies du système nerveux	MOLLARET (P.).
Cliniques médicales	DELAY (J.).
Clinique médicale propédeutique	CHEVALLIER (P.).
Clinique de neuro-chirurgie	ALAJOUANINE (T.).
Cliniques obstétricales	BENARD (H.).
Clinique ophtalmologique	LAROCHE (G.).
Clinique-oto-rhino-laryngologique	HARVIER (P.).
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentai- res (chaire à titre personnel)	LIAN (C.).
Clinique psychiatrique infantile	PASTEUR VALLERY-RADOT.
Clinique de puériculture	PETIT-DUTAILLIS (D.).
Clinique stomatologique	LANTUEJOUL (P.).
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEVY-SOLAL (E.).
Clinique thérapeutique médicale	PORTES (L.).
Clinique de la tuberculose	VELTER (E.).
Clinique urologique	LEMAITRE (F.).
Embryologie	RICHEL (C.).
Histoire de la médecine et de la chirurgie	HEUYER (C.).
Histologie	LELONG (M.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DECHAUME (M.).
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	SENEQUE (J.).
Hygiène et médecine préventive	CHABROL (E.).
Médecine du travail	BERNARD (E.).
Médecine légale	FEY (B.).
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GIROUD (A.).
Pathologie chirurgicale	BARIETY (M.).
Pathologie exotique	CHAMPY (C.).
Pathologie expérimentale et comparée	JUSTIN-BESANÇON (L.).
Pathologie médicale	CATHALA (J.).
Pathologie et thérapeutique générales	JOANNON (G.).
Pharmacologie et matière médicale	DESOILLE (H.).
Physiologie	PIEDELIEVRE (R.).
Physique médicale	GALLIARD (H.).
Radiologie médicale	DE GAUDART D'ALLAINES.
Rhumatologie	LAVIER (G.).
Technique chirurgicale	LEMAIRE (A.).
Thérapeutique	MOREAU (R.).
	DE GENNES (L.).
	HAZARD (R.).
	BINET (L.).
	STROHL (A.).
	DESGREZ (H.).
	COSTE (F.).
	MOULONGUET (P.).
	TURPIN (R.).

Professeurs sans Chaire

BULLIARD (Histologie). — CORDIER (Anatomie). — DOGNON (Physique médicale). — HALPHEN (O. R. L.). — JAYLE, M. (Chimie médicale). — Mlle J. LEVY (Pharmacologie).

II. — *Agrégés en exercice*

Anatomie	{ MM. N... DELMAS. N... H. DEBEYRE	Pathologie chirurgi- cale	{ MM. FEVRE. HUGUIER. LEGER.
Anatomie pathologi- que	{ Mlle DELARUE. GAUTHIER-VIL- LARS.	Pathologie chirurgi- cale	{ MM. PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD. N...
Bactériologie	{ MM. BONNET. FASQUELLE.	Pathologie expéri- mentale	{ MERKLEN.
Biochimie médicale..	{ ETTORI. SCHAPIRA.		
Dermato - syphilogra- phie	{ DEGOS.		
Histologie	{ COUJARD. DESCLAUX.	Pathologie médicale.	{ MM. BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Hydrologie	{ DEBRAY.		
Hygiène	{ BOYER. DEPARIS.	Pédiatrie	{ LAPLANE. MARIE (Julien).
Médecine légale	{ DEROBERT.	Pharmacologie	{ CHEYMOL.
Neurochirurgie	{ PUECH.	Physiologie	{ BARGETON. PARROT.
Neurologie	{ DE SEZE.	Physique médicale..	{ DJOURNO.
Obstétrique	{ DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.	Psychiatrie	{ BARUK.
Ophthalmologie	{ OFFRET.	Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	{ BROUET.
Oto-rhino - laryngolo- gie	{ AUBIN.	Urologie	{ COUVELAIRE R.
Parasitologie	{ BRUMPT L.-C.		

III. — *Professeurs Honoraires et Agrégés rappelés à l'exercice pour le Service des Examens*

M. BASSET (Pathologie chirurgicale). — M. BRINDEAU (Obstétrique). — M. GATELIER (Clinique chirurgicale). — M. HUGUENIN (Anatomie patholog.). — M. LE LORIER (Obstétrique). — M. VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — *Professeurs sans Chaire et Agrégés chargés de cours de Clinique Annexe à titre permanent*

Clinique chirurgicale.	{ MM. AMELINE. FUNCK-BRENTANO. MENEGAUX.
Clinique médicale ..	{ BOULIN.
Clinique médicale ..	{ MM. HAGUENAU. MOUQUIN.
Clinique obstétricale.	{ ECALLE. LACOMME.
Clinique ophtalmolog.	{ RENARD.

Secrétaire de la Faculté	M. J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	Mlle CHAINTREUIL.
Bibliothécaire en Chef	Docteur A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

A MA GRAND'MÈRE,

A MA MÈRE,

A MON PÈRE,

A MON FRÈRE JEAN-PIERRE,

A MES SŒURS ODETTE ET DENISE,

A TOUS MES PARENTS.

A MES CAMARADES

Morts au Champ d'Honneur et en Déportation

AU DOCTEUR R. PICHON

Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Melun

*Qui fut toujours pour nous un maître
si bienveillant.*

AU DOCTEUR LAQUERRIÈRE

Médecin-Chef de l'Hôpital de Melun

*En reconnaissance de ses bons
conseils et de ses bons soins.*

AU DOCTEUR DELAHAYE
Chirurgien des Hôpitaux de Paris

En reconnaissance.

AU DOCTEUR JACQUES KANIESKY ET A SA FEMME

AU DOCTEUR J.-M. PINAULT ET A SA FEMME

AU DOCTEUR A. TASSEL

*Qui ont toujours été pour nous
d'excellents Camarades et Amis.*

A TOUS MES AMIS

AUX DOCTEURS THIBIER ET CHEVASSU

*Qui ont bien voulu nous accepter
dans leur service.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ET EN PARTICULIER A M. LE PROFESSEUR MOREAU

*Qui nous a fait le grand honneur de
présider notre Jury.*

A MES MAÎTRES ET A MES JUGES

INTRODUCTION

A la suite de l'épidémie de grippe qui a sévi sur la France au cours de l'hiver 1948-1949, on pouvait prévoir l'apparition de lésions tuberculeuses chez certains sujets atteints, soit anciens tuberculeux aux lésions stabilisées, soit individus jusque là indemnes. La grippe possède en effet comme quelques autres maladies une action qualifiée d'anergisante, et, il pouvait être intéressant, en raison de la multiplication des cas de préciser les rapports entre les deux maladies.

L'étude que nous en avons faite dans un centre de traitement de tuberculose pulmonaire présentait quelques difficultés. Il s'agissait en effet de malades hospitalisés pour tuberculose, mais dont l'épisode grippal, ou soi-disant tel, avait eu lieu plusieurs jours, parfois plusieurs semaines avant l'hospitalisation. Les renseignements sur cet épisode aigu ne pouvaient donc être fournis que par l'interrogatoire, étant donnée l'absence de signes pathognomoniques et d'examens de laboratoire dans la grippe. Le diagnostic de grippe est ainsi impossible à affirmer dans aucun des cas que nous avons cités. Cependant ce fait aurait une importance minime si la tuberculose pulmonaire ne présentait fréquemment soit à son début, soit au début d'une rechute, un ensemble de symptômes qu'on retrouve dans la grippe banale. Il est donc très malaisé de distinguer les cas où l'épisode aigu représente bien une grippe de ceux dans lesquels il ne représente que le début de la poussée bacillaire.

Nous avons dû, pour cette raison, choisir nos observations en nous basant sur quelques points bien précis.

Parfois nous savons que le médecin qui a observé le malade au moment de son épisode fébrile a parlé de grippe. C'est peut-être un indice fragile. Il a cependant sa valeur, une épidémie

de quelque importance étant en effet pour le praticien un entraînement à ne porter qu'à bon escient un diagnostic trop habituellement passe-partout.

D'autre part, il s'agit assez souvent d'anciens malades suivis régulièrement, cliniquement et radiologiquement. Il y a donc certains cas dans lesquels on est à peu près sûr qu'il n'existait pas avant l'épisode fébrile des lésions tuberculeuses plus ou moins latentes.

Le traitement subi par le malade et son action sur la marche de la poussée fébrile ne peut pas nous renseigner en raison de la faiblesse de nos moyens de lutte contre la grippe non compliquée.

C'est avant tout l'interrogatoire du malade qui doit nous guider pour le choix des observations dans lesquelles nous pouvons admettre l'existence de la grippe. Aussi commencerons-nous par une discussion rapide sur les raisons qui nous amènent à dire ceci est une grippe, ceci n'en est pas une.

Puis notre choix fait, nous étudierons chacun des cas en essayant de noter au passage les faits qui leur sont particuliers, spécialement en ce qui concerne les rapports entre grippe et tuberculose.

Nous comparerons également ces observations avec celles des malades hospitalisés à la même époque, et chez lesquels on ne retrouve pas d'épisode aigu d'apparence grippale. Enfin, nous concluerons.

CHOIX DES OBSERVATIONS

La grippe est une maladie qui touche d'abord le système nerveux, secondairement et inconstamment l'appareil respiratoire. Les signes nerveux sont donc les plus précoces et les plus caractéristiques. Cependant on observe souvent au cours d'une épidémie donnée la prédominance de certaines localisations, sinon chez tous les malades, tout au moins parmi un grand nombre. On peut en particulier observer des localisations pulmonaires particulièrement importantes.

C'est donc sur un ensemble de symptômes, sur les caractères de la période qui a précédé l'épisode aigu, sur son évolution, plutôt que sur certains signes qu'il faut se baser pour faire le tri des malades.

Dans la grippe on n'observe pas les petits signes avant-coureurs : légère asthénie, amaigrissement, inappétence, voire un discret fébricule qui précèdent assez souvent la tuberculose même lorsqu'elle débute brutalement et avec grand fracas et qui dénoncent déjà, en réalité, l'existence d'une lésion évoluant à bas bruit depuis un certain temps.

D'autre part, la grippe commence toujours très brutalement, sans prodromes, la température montant à 39°-40° et, presque d'emblée, s'installent des signes nerveux : céphalée, rachialgie, courbatures, parmi lesquels le plus typique est peut-être l'asthénie en raison de sa soudaineté, de sa grande intensité, de sa tenacité, caractères qui, je le crois, ont été assez fréquents au cours de l'hiver dernier.

Il est bien difficile de faire une différence entre l'évolution de la grippe et celle de la tuberculose aiguë : la température évolue de façon assez irrégulière dans les deux cas, et, comme presque toujours les malades n'en ont pas pris note à ce moment, on ne

peut prétendre en tenir compte. Il est aussi très difficile de se faire une opinion a posteriori d'après les signes pulmonaires : toux, expectoration se voient dans les deux cas et seuls l'examen macroscopique et l'examen microscopique peuvent à la rigueur donner quelques renseignements, mais sur le moment. Rétrospectivement, faut-il attribuer à la grippe plutôt qu'à la tuberculose une expectoration abondante ?

Enfin nous noterons qu'on observe parfois au cours de la grippe des hémoptysies quelquefois très abondantes. Elles témoignent de son action congestive et œdémateuse au niveau du poumon, que certains auteurs considèrent comme constante (GOUGET). Ce symptôme est familier de la tuberculose pulmonaire. Nous avons dans nos observations, des sujets qui l'ont présenté, après poussée fébrile de quelques jours.

Nous ne voulons qu'attirer l'attention sur ce fait ; ces malades, tous anciens tuberculeux ont parfaitement le droit d'avoir fait une hémoptysie banale. Mais il faut cependant convenir que si parmi ces quatre malades, l'un rejetait de temps en temps des crachats hémoptoïques depuis de nombreux mois, parmi les trois suivants, le premier avait déjà fait une hémoptysie il y a neuf ans et n'en avait pas refait depuis, les deux autres, dont le début de la tuberculose remonte à sept ans (dans les deux cas) n'en avaient jamais fait. Est-ce une coïncidence ? Peut-on, bien que l'épisode fébrile ne soit vraiment net que dans un cas l'attribuer à la grippe, et, même dans ce cas, accuser la grippe d'avoir favorisé l'hémoptysie ?

Nous avons parlé de tout cela peut-être d'une façon un peu trop prolongée pour bien montrer que, malgré les difficultés, nous n'avons pas voulu laisser les choses aller au hasard et que nous ne nous sommes pas précipités sur tous les malades qui disaient : « J'ai eu la grippe et... », mais qu'au contraire nous avons tenu à vérifier autant qu'il était possible la réalité de l'épisode grippal en tant que tel.

Nous avons donc examiné les observations des 42 malades qui entrèrent dans le service entre la mi-novembre 1948 et la mi-avril 1949, période qui a coïncidé avec l'épidémie de grippe. En réalité, la grippe a peut-être en grande partie disparu avant le mois d'avril, mais outre qu'on a pu en observer encore quelques cas tardifs jusqu'à la fin de mars 1949, il faut tenir compte du délai

qui s'écoule toujours entre le moment où un sujet tombe malade et celui où il est hospitalisé.

Nous ne dirons rien des malades dont l'épisode fébrile du début ne peut être comparé à une grippe. Même si des formes atténuées de grippe sont à l'origine de ces cas, nous n'avons pas le droit d'y penser.

Parmi les autres, nous trouvons quinze observations dignes d'être retenues à une première lecture, en raison de l'importance de l'épisode fébrile qui a marqué le début de la maladie. En les examinant de plus près, on s'aperçoit en réalité qu'un d'entre eux est à éliminer, en raison de la pauvreté en signes de cet épisode fébrile qui se réduit à une fièvre élevée pendant quelques jours et à une hémoptysie, et qui ne fut suivi par aucune lésion bacillaire nouvelle. Il s'agit du premier malade dont nous avons parlé tout à l'heure. Un second malade est à éliminer, son épisode fébrile étant imprécis et se situant au cours d'une tuberculose en réalité toujours évolutive et mal soignée ; deux autres enfin ont fait nettement un syndrome d'allure typhobacillose accompagné dans un cas d'un complexe primaire, dans l'autre de lésions précoces nodulaires des sommets (malade jeune à primo-infection récente).

Les autres cas semblent bien comporter un épisode fébrile attribuable à la grippe. En voici de courtes observations.

1) *J..., Maurice, 27 ans.*

Ancien malade (début en 1944), traité par pneumothorax droit qui a repris son activité en octobre 1948 malgré de petites lésions gauches (nodules du sommet).

Il fait une grippe en mars 1949, au début de laquelle une radio n'a rien montré de plus. Durée 8 jours.

12 jours après, une nouvelle radio montre :

A gauche : foyer congestif de tout le sommet et caverne petite dans le 6^e espace.

A droite : rien de spécial.

2) *A..., Pierre, 29 ans.*

Ancien malade (début en 1940) chez lequel persistent en janvier 1949, à gauche : quelques séquelles de pneumothorax.

A droite : une petite cavité d'extrapleurale et quelques cicatrices dans le sommet.

Il fait une grippe en janvier 1949, courte (quelques jours) et le 9 janvier, on trouve :

A gauche : outre l'extra-pleural une caverne de la base.

A droite : un peu de liquide dans l'ancien pneumothorax.

3) *G..., Raymond, 27 ans.*

Ancien malade (début en 1942) qui a repris son activité en 1946 après symphyse de ses deux pneumothorax, apparemment bien stabilisé. Il fait une grippe en février 1949, assez importante, duré une dizaine de jours.

Le 21 février on trouve à la radio :

A droite : des nodules disséminés dans le tiers supérieur du poumon et une image claire du sommet (fausse image ?).

A gauche : rares nodules du sommet.

Ces lésions ont prédominé au niveau de sa toute première localisation.

4) *L..., Jean, 28 ans.*

Ancien malade qui a subi une lobectomie droite en décembre 1948 pour une lésion localisée au sommet.

Il fait une grippe sérieuse en janvier 1949, avec signes de bronchite nets à gauche et à droite. 1.000.000 d'unités de pénicilline.

On constate peu après un épanchement puriforme à droite puis une fistule broncho-pleurale. Liquide non septique.

5) *L..., Jean-François, 35 ans.*

Ancien malade (début 1941) ayant également fait une épididymite gauche, des coliques néphrétiques (rein gauche exclu à l'exploration radiologique) et une granulie traitée à la streptomycine. Il fait en fin octobre 1948 une grippe suivie quelques jours après d'une hémoptysie.

En novembre on constate :

A droite : une condensation du sommet et deux cavernes.

A gauche : une grisaille du sommet et quelques calcifications.

Les lésions antérieures prédominaient à droite.

6) *M..., Raymond, 27 ans.*

Ancien malade (début 1942).

Il fait une grippe en décembre 1948, qui dure une semaine. Trois semaines après, il présente une hémoptysie légère.

En mars 1949, on observe :

A gauche : une caverne au niveau de la 4^e côte et quelques nodules.

A droite : quelques nodules calcifiés du sommet.

Les lésions antérieures prédominaient très nettement à gauche et furent insuffisamment traitées.

7) *M..., Ab..., 28 ans, égyptien.*

Ancien malade (début 1947).

Il fait une grippe en février 1949 durant quelques jours.

Une douzaine de jours après, on constate à la radio :

A droite : rien de spécial sous un pneumothorax.

A gauche : condensation du lobe supérieur et petite cavité (?)

Il y avait depuis quelques mois quelques rares nodules au sommet gauche, non traités — à droite, il existe un pneumothorax.

3) *N..., Edmond, 24 ans.*

Ancien malade (début en 1945).

Il fait une grippe en janvier 1949 qui dure quelques jours et fut considérée comme grippe par un médecin.

En fin janvier, la radio montre :

A droite : un pneumothorax sans lésions visibles.

A gauche : une caverne sous claviculaire.

L'évolution continue car, le malade étant entré dans le service on constate au début de mars une condensation de tout le sommet gauche et une augmentation de la caverne.

Les anciennes lésions étaient plus importantes à gauche et le pneumothorax dut être abandonné de ce côté.

9) *T..., Guy, 25 ans.*

Ancien malade (début en 1943).

Il fait en janvier 1949 une grippe importante (considérée comme telle à ce moment).

Quelques jours après, on constate :

A droite : une thoracoplastie sans lésions anciennes visibles.

A gauche : un certain nombre de nodules sous claviculaires internes.

Puis en mars 1949, il refait une nouvelle grippe que nous avons observée (fièvre à 39-40°, irrégulière, céphalée, courbatures importantes) durée 8 jours.

La radio montre peu après l'extension du semis nodulaire à toute la moitié supérieure du poumon gauche mais seulement après la grippe et non simultanément.

Dans ce cas les anciennes lésions étaient à droite mais traitées définitivement par la thoracoplastie.

10) *T... T..., X..., 30 ans, indochinois.*

Ancien malade (début en 1942) qui avait repris son activité.

Il fait une grippe certaine en décembre 1948, durée 8 jours avec grosse bronchite.

A l'entrée on constate :

A droite : séquelles de pneumothorax avec un peu de liquide. 2 opacités d'aspect ambigu : trainées linéaires horizontales sur fond flou.

A gauche : image normale.

Les anciennes lésions prédominaient sans conteste à droite.

11) *M^{lle} T..., Marie-Cécile, 21 ans.*

Nouvelle malade. Virage de cutiréaction en 1947.

En janvier 1949, une courte grippe.

En fin janvier on constate :

A droite : une cavité sous-claviculaire et quelques nodules.

A gauche : rien à signaler.

Bien que cela sorte des limites que nous avons fixées, nous pouvons signaler l'entrée en fin avril d'un malade qui avait fait une grippe très certaine en décembre 1948. Il s'agit là d'une lésion survenue assez longtemps après l'épisode grippal.

RENSEIGNEMENTS

FOURNIS PAR LES OBSERVATIONS

Nous avons donc dans le chapitre précédent passé en revue un certain nombre d'observations d'anciens grippés, devenus tuberculeux ou ayant fait une rechute de tuberculose. Avant de les examiner plus en détail, nous donnerons, pour comparaison un aperçu des lésions observées chez les entrants de la même période, non anciens grippés.

Chez ces 31 malades, à l'entrée nous observons :

7 fois une ou plusieurs cavernes sans autres lésions.

11 tuberculoses nodulaires légères (quelques nodules dans un ou dans les deux sommets) dont une accompagnée d'une caverne.

2 tuberculoses nodulaires importantes avec cavernes dans les deux cas.

6 tuberculoses à forme condensées discrètes dont 3 avec cavernes.

5 tuberculoses à forme pneumonique importantes dont trois avec cavernes.

Nous voyons donc que les tuberculoses post-grippales se sont vues dans cette étude dans un quart des cas (11 sur 42). Elles ont donc été assez fréquentes.

Parmi ces 11 tuberculoses post-grippales, on trouve :

2 tuberculoses excavées pures.

5 tuberculoses à type pneumonique sérieuses dont quatre excavées.

1 tuberculose nodulaire discrète mais accompagnée d'une cavité.

2 tuberculoses nodulaires importantes dont une avec caverne.

Le onzième cas concerne un malade auquel la lésion a été

enlevée par voie chirurgicale, qui a fait une grippe et a présenté à la suite un épanchement important.

Nous remarquons l'augmentation des cas sérieux dans la tuberculose post-grippale. Il est évident que la gravité réelle d'un cas de tuberculose se juge souvent par son évolution ultérieure mais actuellement, les cas graves, sinon en réalité tout au moins en apparence, étant traités à la streptomycine, leur évolution en est modifiée et il est difficile d'apprécier la gravité réelle d'un cas.

Nous pouvons noter également que dans une seule observation il s'agissait d'une maladie nouvelle. Les neuf autres malades étaient d'anciens malades. Il est peut-être utile de rapprocher de cette constatation la question de la localisation des lésions tuberculeuses post-grippales.

Dans les observations 1, 3, 5, 6, 7, 8 et 10 (7 observations) la nouvelle localisation bacillaire s'est faite au niveau où existaient des lésions antérieures, et dans quelques cas là où les lésions antérieures prédominaient, ou avaient été insuffisamment traitées. Dans la première observation par exemple, les lésions gauches antérieures à la grippe n'avaient pas été traitées : la localisation post-grippale s'est faite à leur niveau. Dans la troisième, elle s'est faite au niveau où étaient apparues les toutes premières lésions ; or, le malade avait été traité pour lésions bilatérales mais le traitement était arrêté des deux côtés.

Il semble donc que les lésions bacillaires qui suivent la grippe se greffent à l'endroit même où le poumon a été le plus touché, soit dans le temps (lésion la plus ancienne) soit en intensité (lésion la plus importante) soit parce que la lésion avait été mal soignée, et, ces différents facteurs semblent se remplacer l'un l'autre : si deux lésions antérieures sont contemporaines, c'est au niveau de la plus grave que la poussée post-grippale se fera. Mais si la plus ancienne lésion (ou la plus importante) est encore traitée activement (par collapsus) au moment de la grippe, c'est la lésion située dans l'autre poumon qui subira la poussée. Dans un cas (10^e observation) il y avait deux lésions droites qui apparurent autrefois (1942) ensemble, qui étaient de gravité égale, qui furent traitées par conséquent de la même façon : la grippe provoqua, en même temps le réveil de ces deux lésions.

Dans l'observation 4, la grippe n'a pas provoqué l'apparition

de lésions gauches, mais un simple épanchement à droite où avaient signé les lésions enlevées chirurgicalement.

Sans vouloir accorder à ces faits une importance particulièrement grande, en raison du nombre limité d'observations que nous présentons, ils sont à remarquer et nous font penser immédiatement au caractère congestif des lésions grippales, au niveau de l'appareil respiratoire. Il est vraisemblable que la grippe ne favorise pas l'éclosion de lésions tuberculeuses uniquement par une action anergisante, mais aussi par une action locale, congestive à un niveau où existaient déjà des lésions bacillaires.

Ces observations nous apprennent encore combien il est important que les lésions soient traitées chez un tuberculeux au moment où il fait une grippe. Dans les lignes qui précèdent, nous avons fait remarquer incidemment que les lésions collabées au moment de l'épisode aigu ne subissaient pas de changement alors que les lésions non traitées se réveillaient. Nous avons également observé qu'un malade sur dix parmi ceux qui avaient été hospitalisés avant l'épidémie de grippe, a présenté à un moment donné une petite poussée de fièvre pendant quelques jours. Elle fut mise sur le compte de la grippe. Dans un cas, la malade fit même une grippe très importante. Cependant, sauf chez une seule malade on n'observa jamais aucune aggravation des lésions bacillaire; la malade dont j'ai parlé était en instance de départ pour un service chirurgical où un pneumothorax extra-pleural devait être créé : elle n'était donc pas encore traitée au moment où la grippe vint aggraver, légèrement d'ailleurs, ses lésions.

Une question reste à examiner : celle du moment d'apparition de la tuberculose après la grippe. Dans sa thèse « Rapports de la grippe et de la tuberculose », ALMERAS écrit : (Montpellier, 1920), à propos de malades atteints par l'épidémie de 1918-1919 : « C'est-elle (la grippe) qui presque sans transition a donné naissance à la tuberculose ». Il est d'ailleurs curieux de constater que dans ses conclusions, il remarque qu'il s'écoule souvent un peu de temps entre la défervescence de la grippe et l'apparition de la tuberculose. En réalité, déjà dans les observations qu'il publie on remarque que les malades ne sont jamais revenus à un équilibre normal après leur grippe.

Chez nos malades, nous constatons le même fait : la toux

persiste, l'expectoration, importante pendant la période aiguë diminue, puis se stabilise, parfois remonte un peu par la suite. Un certain febricule peut persister longtemps. Les anciens tuberculeux étant suivis actuellement d'une façon plus sûre grâce à la pratique radiologique courante, on s'aperçoit que les lésions bacillaires post-grippales surviennent vite, en moyenne 8 à 15 jours après la grippe et quelquefois elles évoluent encore visiblement pendant les semaines qui suivent.

CONCLUSIONS

La brève étude précédente nous permet de donner notre opinion sur certains points concernant les rapports entre grippe et tuberculose.

1°) En temps d'épidémie, on voit apparaître après la grippe un certain nombre de cas de tuberculose parmi ceux qui l'ont contractée. Au cours de l'hiver 1948-1949, un quart des entrants dans un centre spécialisé avaient fait une grippe avant que surviennent leurs lésions bacillaires.

2°) Il s'agissait dans presque tous les cas observés de rechutes chez d'anciens malades qui avaient assez souvent repris leur activité depuis un certain temps.

3°) Dans tous les cas, la tuberculose a suivi très rapidement la grippe (8 à 15 jours) sans qu'il y ait eu de séparation nette entre les deux maladies. On peut considérer la tuberculose comme une complication relativement précoce de la grippe au même titre qu'une broncho-pneumonie banale.

4°) Dans la plupart des cas, c'est au niveau même des lésions antérieures que la nouvelle localisation bacillaire va se faire, comme si la grippe avait une action locale directe sur les anciennes lésions et les réveillait, soit sous la même forme, soit sous une forme différente (se rappeler l'action congestive habituelle de la grippe au niveau du poumon).

5°) Elles éclatent de préférence lorsque les lésions antérieures ont été ou insuffisamment traitées ou mal traitées pour des raisons plus ou moins valables.

6°) Les lésions sont toujours sérieuses : condensations étendues, souvent excavées, disséminations nodulaires importantes.

En conséquence lorsqu'on observe une grippe chez un tuberculeux ancien, il est indispensable de le mettre au repos immédiatement, la grippe étant peu grave chez les tuberculeux en traitement, indispensable également de faire un examen de crachats d'emblée (les bacilles ont réapparu dans tous les cas dont nous avons parlé) et, après la chute de la température de procéder à un examen radiologique, surtout si la fièvre persiste anormalement longtemps, ainsi que la toux et l'asthénie.

Enfin il est bien inutile d'insister sur la nécessité pour les anciens tuberculeux d'éviter le plus possible le contact avec des grippés.

VU : *le Doyen* :

LÉON BINET.

VU : *M. le Professeur* :

MOREAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

JEAN SARRAIL.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHIMANDOS. — La Pneumonie au cours de l'épidémie de grippe au début de 1920. T. M., Paris, 1920.
- ARMAND-DELILLE. — Les principaux aspects cliniques de la tuberculose infantile. Paris, Maloine.
- ALMERAS. — Rapports de la grippe et de la tuberculose. T. M., Montpellier, 1920.
- BEN-MUSSA. — Traitement des suppurations broncho-pulmonaires par les instillations dirigées de Pénicilline. T. M., Paris, 1947.
- BURNAND. — Les syndromes d'imprégnation tuberculeuse. 1938, Masson.
- CANALS. — Pleurésies purulentes observées pendant l'épidémie de grippe de 1918-1919. T. M., Montpellier, 1919.
- DENUJE. — Hémoptysies profuses au cours de la broncho-pneumonie grippale. T. M., 1919.
- DUFAU. — Traitement des suppurations broncho-pulmonaires (Revue générale. état actuel de la question). T. M., Marseille, 1941.
- DUFURT. — Grippe et complications post-grippales. Constatations et réflexions sur l'épidémie de 1918. T. M., Lyon, 1919.
- EXINTARIS. — Les hémorragies, dans la grippe et en particulier celle de l'épidémie de 1918-19. T. M., Paris, 1919.
- FENERE. — Epanchements pleuraux aseptiques et épanchements puriformes au cours de la grippe. T. M., Alger, 1920.
- JACQUELIN. — Les tuberculoses atypiques. 1939, Masson.
- MAGNIN. — La place de la pénicilline dans le traitement des suppurations broncho-pulmonaires. T. M., Toulouse, 1947.
- MEUNIER. — Du rôle du système nerveux dans l'infection de l'appareil broncho-pulmonaire. Paris, 1896. Asselin et Houjeau.
- NOBÉCOURT. — Précis de Médecine des Enfants. 1942, Masson.
- ROSENTHAL. — Les broncho-pneumonies aiguës. Paris, 1904, Joannin.
- SAMI-RAD. — Le diagnostic de la broncho-pneumonie simple et tuberculeuse chez le nourrisson. T. M., Paris, 1934.
- SERGEANT. — Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. 1933, Masson.
- Précis de Pathologie médicale (F. BESANÇON et PHILIBERT), tomes I, II et III. Masson, Ed.



